

24. Raven D. Competence, education, professional development, psychology and sociocybernetics // Vector of Science of Tolyatti State University. Series: Pedagogy, psychology. – 2014. – № 2. – P. 170-204.
25. Reshetnikov A.V. Sociology of medicine (introduction to the scientific discipline): textbook. – M.: Medicine, 2002. – 976 p.
26. Sokol A.F. A modern physician: peculiarities, ways to optimize professional and personal qualities // Sociology of Medicine. – 2014. – № 1. – P. 7-14.
27. White M. Maps of narrative practice: Introduction to narrative therapy. – M.: Genesis, 2010. – 347 c.
28. Ulumbekova G.E. To stay in profession. Is the Russian doctors' enthusiasm long-term? // Medical Newspaper. – 2015. – № 78. – P. 4.
29. Shurupova R.V. The concept of the formation and implementation of the social role of a medical teacher in the national medicine: synopsis of the thesis of doctor of sociological sciences: 14.02.05 / R.V. Shurupova. – Volgograd, 2011. – 46 p.
30. Edwardson S.R. American view on the interrelation of competence and qualification of doctors and nurses // International Conference «Human Resources for the XXI-st Century Medicine». Tashkent (Uzbekistan). Tashkent: TashMI-P., 1997. – P. 59-65.
31. Becher T. The incapable professional // Competence in the learning society / eds. J. Raven, J. Stephenson. – New York: Peter Lang, 2001. – P. 33-35.
32. Buchan J., et al. Health worker migration in the European region: country case studies and policy implications. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. – 18 p.
33. Dubois C.-A. Human resources for health in Europe. – Maidenhead: Open University Press, 2006. – 249 p.
34. Hogan R. Unmasking incompetent managers // Insight. – 1990. – P. 42-44.
35. Ilott I. Incompetence: An unspoken consensus // Competence in the learning society / eds. J. Raven, J. Stephenson. – New York: Peter Lang, 2001. – P. 36-41.
36. Mooney H. Workforce plans predict «bitter opposition» and «volatility» // The Health Service Journal. – 2007. – Vol. 117. – № 6037. – P. 5.
37. Mullan F. Medical migration and the physician workforce. International medical graduates and American medicine // JAMA. – 1995. – Vol. 273. – № 19. – P. 1521-1527.
38. Rosof A.B. Continuing medical education: a primer. – New York: Praeger, 1992. – 233 p.
39. Scaling up priority health interventions in Tanzania: the human resources challenge / C. Kurowski [et al.] // Health Policy and Planning. – 2007. – Vol. 22. – № 3. – P. 113-127.
40. Schön D.A. The reflective practitioner: how professionals think in action. – New York: Basic Books, 1983. – 374 p.
41. Schön D. The Crisis of Professional Knowledge and the Pursuit of an Epistemology of Practice // Competence in the learning society / eds. J. Raven, J. Stephenson. – New York: Peter Lang, 2001. – P. 116-130.
42. Seddon J. Systems thinking in the public sector: the failure of the reform regime ... and a manifesto for a better way. – Axminster: Triarchy Press, 2008. – 216 p.
43. Spencer S.J. Establishing a causal chain: why experiments are often more effective than mediational analyses in examining psychological processes // Journal of Personality and Social Psychology. – 2005. – Vol. 89. – № 6. – P. 845-851.
44. Ziguras C. The impact of the GATS on transnational tertiary education: Comparing experiences of New Zealand, Australia, Singapore and Malaysia // The Australian Educational Researcher. – 2003. – Vol. 30. – № 3. – P. 89-109.

Координаты для связи с авторами: Дьяченко Владимир Гаврилович – д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, e-mail: kesmet@mail.ru; Ратманов Павел Эдуардович – д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, e-mail: ratmanov@gmail.com.



УДК 616-08-039.75:614.2:122/129

А.В. Ларинская, Л.В. Лихобаина, Д.А. Дыбов, А.В. Юркевич

ФИЛОСОФИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В современной России предпринимаются первые шаги осознания содержания и специфической философии паллиативной помощи инкурабельным больным, формируются необходимые структуры в регионах. Процесс формирования системы паллиативной помощи детскому и взрослому населению требует разработки и создания новых эффективных организационных моделей, которые учитывают особенности здоровья населения и возможности здравоохранения российских регионов. В настоящее время необходимо переосмысление междисциплинарных

контекстов, которые формируют феномен паллиативной помощи. Перспектива паллиативной помощи в России предполагает формирование интегративной системы, которая сопряжена с функциональной и структурной согласованностью. Необходимо междисциплинарное сотрудничество в области повышения качества услуг, в научных исследованиях, в специальном образовании и в профессиональной практике и обеспечение доступности лекарственных препаратов со стороны государства для эффективного купирования болевого синдрома.

Ключевые слова: философия паллиативной помощи, паллиативная помощь детскому и взрослому населению, феномен паллиативной помощи.

A.V. Larinskaya, L.V. Lihobabina, D.A. Dybov, A.V. Yurkevich

PHILOSOPHY OF PALLIATIVE CARE POPULATION

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

In modern Russia, the first steps of awareness of content and a specific philosophy of palliative care patients incurable, the necessary structures are formed in the regions. The process of forming a system of palliative care for children and adults requires the development and creation of new effective organizational models that take into account the peculiarities of public health and health care opportunities of Russian regions. Currently, rethinking is necessary interdisciplinary contexts that form the phenomenon of palliative care. The prospect of palliative care in Russia involves the formation of an integrative system that is associated with functional and structural consistency. However, the number of cancer patients in Russia retains a tendency to increase, and the amount and quality of palliative care is at a very low level. It is also necessary to ensure the guarantee of availability of medicines on the part of the state to effectively relieve pain.

Key words: the philosophy of palliative care, palliative care of children and adults, the phenomenon of palliative care.

Для начала XXI века характерно глобальное старение населения, рост онкологической заболеваемости, распространение СПИДа, увеличение числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, что сопровождается нарастанием числа инкурабельных пациентов, которые подвергаются сильнейшим страданиям и нуждаются в комплексной медико-социальной помощи. В мире ежегодно умирает 55 миллионов людей, а из них за счет злокачественных опухолей – порядка 10 млн человек. Предполагается, что к 2020 году количество заболевших возрастет до 15 млн, а к 2050 году — до 24-25 млн [10, 18, 28].

К паллиативной медицине относится раздел медицины, который путем использования методов и различных достижений современной медицины, проведением лечебных процедур и адекватных манипуляций, облегчает тяжесть состояния неизлечимого больного, в то время, когда возможность радикального лечения полностью исчерпана. Однако паллиативная помощь несколько отлична от паллиативной медицины, так как последняя входит в понятие паллиативной помощи [20].

На сегодняшний день паллиативная помощь позиционируется как новая медицинская специальность. Однако имеется ряд возражений, так как сотни лет назад люди, имеющие отношение к медицине пытались облегчить страдания больных всеми доступными средствами. В современную эпоху развитых технологий в медицине, вопросу оказания помощи и облегчения статуса инкурабельных и больных в терминальных стадиях болезни уделяется мало внимания, вплоть до полного его игнорирования. Последние современные достижения и открытия в области фармакологии, радиотерапии и, вообще в медицине, могут и должны использовать новейшие методы для улучшения показателей качества жизни таких пациентов. Необходимо всемерно способствовать становлению нового отношения к смерти и процессу умирания, что в купе приводит паллиативную медицину на абсолютно новый

практический уровень, делая её новой дисциплиной как таковой [3, 32].

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) в плоскости биоэтики касается нескольких основных принципов, таких как справедливость, уважение, автономии пациента прав и достоинство человека. Безусловно, сильнейшая боль и страдания имеют существенное воздействие на человека и способны лишить его собственного достоинства. В такой ситуации для инкурабельных больных (на фоне сильнейших душевных и/или физических мучений) смерть может оказаться предпочтительнее жизни. Однако при создании адекватной и четко отлаженной ПМП потребность в эвтаназии нивелируется и теряет свой смысл [15].

Интегративное сотрудничество врачей и психологов с сотрудниками социальной сферы составляет основу паллиативного ухода за больными и психологической помощи неизлечимо больным, а также членам семьи и их родственникам. Необходимость расширения социальной защищенности инкурабельных больных привела к созданию и развитию в стране новых аспектов паллиативной медицинской помощи, обладающих высокими показателями гуманизма, качества жизни с реализацией права на «достойную смерть» [2].

Современное определение ВОЗ (2014) паллиативной медицинской помощи выражается в подходе, позволяющем улучшить все аспекты качества жизни больных (как детей, так и взрослых), а также и их семей, которые сталкиваются с определенными проблемами, обусловленными опасными для жизни заболеваниями, предотвращением и облегчением страданий больного, ранним выявлением, тщательной оценкой и лечением боли и другой сопутствующей симптоматики с оказанием поддержки в психосоциальной и духовной сферах [13].

Паллиативная помощь основана на принципах уважения к решениям, пациента и направлена на практическую поддержку членам их семьи, связан-

ные с грядущим горем по случаю утраты близкого человека. Международный комитет по экономическому, социальному и культурному праву отмечает, что «...государство несет обязанность уважения права на здоровье, не закрывая и/или ограничивая право равного доступа всех нуждающихся ... к профилактическому, лечебному и паллиативному вспоможению со стороны здравоохранения» [1, 30].

Из альтернативных определений паллиативной помощи следует, что сущность ПМП заключается в утверждении жизни, а смерть рассматривается закономерным её завершением. Цель существующей концепции – обеспечение максимально возможной активной жизни больного без намерения продления и/или сокращения срока жизни пациента. Предлагается помощь семье больного в период болезни страждущего и после его смерти, используя мультипрофессиональный подход для полного удовлетворения имеющихся потребностей больного и его семьи. Главная задача таких концепций ПМП заключается в улучшении качества жизни больного, что обладает положительным влиянием на течение болезни, а своевременное начало проведения необходимых мероприятий в совокупности с дополнительными способами паллиативной помощи способно несколько продлить время жизни больного [4, 5].

ПМП состоит из двух составляющих – облегчения страданий пациента на весь период течения болезни (не исключая и радикальное лечение), а также оказание максимальной медицинской помощи в течение последних месяцев, дней и часов жизни больного. Второй части концепции в России до сих пор уделялось крайне мало внимания, что сохраняет свою актуальность и на сегодняшний день. Неправильно считать, что умирающий человек нуждается лишь в уходе. В действительности существует довольно много профессиональных тонкостей, для облегчения страданий больного, которые могут в полной мере реализовать лишь хорошо подготовленные специалисты [11, 26].

Главная цель паллиативной помощи в «конце жизни» заключается в избавлении умирающего больного от возможных страданий в тот период жизни. Страдание помимо боли включает ряд симптомов: невозможность самообслуживания, ощущение беспомощности и обузы для близких, чувства вины, страха связанные с ожиданием надвигающейся смерти, чувства горечи из-за не завершенности запланированных дел и каких-то обязательств [17].

Паллиативная помощь призвана к обеспечению всеобъемлющих мер по предупреждению и уменьшению страдания больного во всех аспектах его проявления. Страдание, обусловленное болью и/или другими симптомами, связанными с психологическими проблемами, социальными трудностями, этническими проблемами, духовными переживаниями может рассматриваться как тотальное страдание. Помощь оказываемая в этом случае может быть представлена как мультидисциплинарная (тотальная) паллиативная помощь [7, 18].

Существует большое разнообразие форм оказания паллиативной помощи больным. Сегодня можно выделить две основополагающие группы – помощь на

дому и помощь в стационарах. К стационарным учреждениям паллиативной помощи относятся специализированные отделения или палаты паллиативной помощи, которые могут быть расположены в структуре лечебных учреждений любого уровня, в онкологических диспансерах, в стационарных учреждениях социальной защиты и в хосписах. Помощь на дому может осуществляться специалистами выездной службы, которые также могут входить в состав учреждения или быть самостоятельной структурой [4, 22].

Основной и главной задачей качественной паллиативной помощи является максимальное уменьшение всех имеющихся в наличии компонентов страдания больного, осуществляемое комплексным уходом и различными видами помощи с привлечением профессионалов различного профиля. В связи с этим в бригаду или в штат хосписа входят врачи, медицинские сестры соответствующей квалификации, психологи, социальные работники и священнослужители. Привлечение других необходимых специалистов к оказанию паллиативной помощи осуществляется в меру их необходимости. Не исключается использование помощи со стороны волонтеров и родственников. Больные также являются полноправными участниками процесса оказания паллиативной помощи, а их роль не должна быть проигнорирована [5].

В общую картину онкологических заболеваний вкрапливаются явные или же скрытые формы отношения больного к динамике своей болезни. Это подтверждается наличием у онкологических больных соматического страдания, сочетающегося с различными реакциями личности [17, 23].

Такая реакция возможна в состоянии острейшего проявления эмоционального стресса, который связан с переживаниями страха смерти и с абсурдностью жизни в тот период жизни больного. Инкурабельный больной неожиданно для себя самого сталкивается с серией наисложнейших проблем, требующих решения в короткий промежуток времени, в то время как другие – «обычные смертные», на решение этих задач могут потратить весьма продолжительное время в процессе старения. Комплекс таких проблем выстраивается на основании интеграции пережитого, пересмотра отношения к своей смерти, переоценкой ценностей, приобщением к религии, формированием отношений к своему «новому» состоянию и т. д. [1, 31]. Больным предстоит решение чрезвычайно трудных задач, связанных с эмоциональными потрясениями, подготовкой к разрешению различных психологических проблем, начиная с этапа адаптации к возникшей болезни [2, 25].

В России паллиативная помощь в качестве самостоятельного направления возникла в онкологии. Больные злокачественными опухолями в терминальных стадиях в большей степени нуждались в избавлении от болей и невыносимого страдания. Сегодня в оказании паллиативной помощи нуждаются не только взрослые и дети со злокачественными опухолями, но и другие больные, которые страдают иными угрожающими жизни заболеваниями, предполагающими летальный исход [5, 16]. В современной России система паллиативной помощи находится в стадии начала

формирования, что сопровождается множеством проблем, обусловленных её организацией. Необходимо отметить отсутствие на данный момент достоверной информации об отношении общества к назревшим проблемам, сопутствующим развитию оказания паллиативной помощи в нашей стране [6, 7].

Предпринимаются первые шаги осознания содержания и специфической философии ПМП, формируются необходимые структуры в регионах. Процесс формирования системы ПМП детскому и взрослому населению требует разработки и создания новых эффективных организационных моделей, учитывающих особенности здоровья населения и возможности здравоохранения в каждом из регионов. Важными условиями для успешного функционирования предлагаемых моделей являются координированные взаимодействия подразделений ПМП и специалистов по конкретному профилю болезни пациентов, что обуславливает максимальную эффективность и качество мероприятий, оказываемых ПМП [3, 6, 7, 14].

В настоящее время назрела острая необходимость переосмысления междисциплинарных связей, формирующих феномен паллиативной помощи. Перспектива адекватной работы института паллиативной помощи в России предполагает формирование интегративной системы, сопряженной с функциональной и структурной согласованностью, позволяющей предупредить дисфункциональную практику при её оказании. Общественное здоровье в современной России, характеризующееся ростом заболеваемости и инвалидизацией населения во всех возрастных группах, требует применение безотлагательных мер при создании концепции нового подхода и предотвращение медиализации в стратегии оказания паллиативной помощи нуждающимся больным. Научные перспективы должны связываться с разработками региональных моделей паллиативной помощи больным, учитывающих их специфику, что позволит адекватно разработать и апробировать организационные модели на уровне регионов, предупредить возможность развития их дисфункциональности [10].

По данным статистики Министерства здравоохранения за 2010 г., в оказании паллиативной помощи в России нуждалось порядка 6 тыс. детей. Оказание паллиативной помощи законодательно было закреплено в России лишь в 2011 году. В новой форме Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (ноябрь 2011) впервые дано определение паллиативной помощи (статья 36). Она была признана видом медицинской помощи, оказываемой в рамках программы государственной гарантии бесплатной медицинской помощи. В 2012 г. был опубликован приказ «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» (15 февраля 2012 г.), в котором были дополнены и права детей. В течение 2012 г. в 74 регионах страны было запланировано введение в действие хосписов и отделений паллиативной помощи. Им вменялось оказание медицинской поддержки детям для избавления от боли и облегчения различных тяжелых проявлений заболеваний, обеспечение заботы о психике и душевном состоянии ребенка с целью

повышения качества их жизни, а также поддержка членов их семей при возникающей тяжелой жизненной ситуации [8, 11, 12, 16].

Экспертами Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) разработаны нормативы и соответствующие рекомендации для организации паллиативной и хосписной помощи европейским странам [6, 29].

В различных странах имеются самые разнообразные формы организации хосписной службы. В США организация хосписов построена на основании объема обеспечиваемой помощи, структуры служб хосписа, источников финансирования и т. д. В Австрии, Великобритании и в Канаде созданы академические структуры по оказанию паллиативной помощи [24]. Инициатором создания системы оказания помощи инкурабельным больным как раздела системы здравоохранения и службы социальной защиты населения во многих странах является ВОЗ. Быстрый рост злокачественных новообразований в мировом масштабе вынудил ВОЗ об объявлении необходимости создания инновационного направления, заключающегося в оказании больным, утратившим надежду на исцеление активной и всесторонней помощи. Важнейшей задачей такой помощи является не только купирование боли и максимальное решение задач, связанных с социальной, психологической, правовой и духовной сферах жизнедеятельности больных. Паллиативная помощь преследует цель всемерного повышения качества жизни нуждающимся больным, их семьям, после смерти человека [6, 19, 22, 26].

Однако вопреки всем предпринимаемым мерам количество онкобольных в РФ не имеет тенденции к снижению. Объему и качеству оказания паллиативной помощи в РФ остается лишь пожелать лучшего, а сама служба паллиативной помощи находится в стадии становления. Большинство специалистов и ученых указанная проблема рассматривается лишь с медицинской точки зрения, напрочь забывая о социальных аспектах, которые в России не получили должного уровня научного исследования и обоснования [9, 21]. Сейчас в РФ онкологических больных в терминальной стадии заболевания выше 60 %, которые остро нуждаются в применении новых инновационных подходов. В России недостаточно разработаны соответствующие социальные программы по уходу и обеспечению адекватной поддержки нуждающейся части населения в паллиативной помощи. Эти программы находятся в стадии разработки.

Таким образом, специалисты, задействованные в сфере специализированной ПМП детям и взрослым, остро нуждаются в получении соответствующего специализированного образования. Необходимо повышение качества оказываемых услуг в этой области, обеспечение гарантий доступности лекарственных препаратов для эффективного купирования болевых синдромов у инкурабельных больных. Необходимо расширение проблемного поля научных исследований в области оказания ПМП, с целью формирования соответствующих компетенций, обучение основным методам и технологиям ПМП медицинских работников занятым этим видом оказания медицинской помощи.

Литература

1. Агакишиева Н. О квалифицированной паллиативной помощи и организации хосписов в Азербайджане // *Educatio*. – 2015. – № 6 (13). – С. 152-154.
2. Агеева Н.А. Психософические особенности онкологических больных в контексте биоэтических проблем современности // *Гуманитарные и социальные науки*. – 2013. – № 4. – С. 35-43.
3. Введенская Е.С. Концептуальная структурно-организационная модель системы паллиативной медицинской помощи взрослому населению // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2014. – № 2, Т. 58. – С. 25-30.
4. Введенская Е.С. О важности принятия рабочего определения паллиативной помощи и ее содержания в преддверии становления служб в регионах // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2013. – № 1-2. – С. 24-29.
5. Введенская Е.С. О формировании современного понимания паллиативной помощи // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2013. – № 3. – С. 29-32.
6. Введенская Е.С. Паллиативная помощь инновационное направление отечественного здравоохранения // *Медицинский альманах*. – 2012. – № 4. – С. 18-21.
7. Готовкина М.С. Паллиативная помощь в современной России: социологическая оценка // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Философия. Социология. Право*. – 2013. – Т. 26, № 23 (166). – С. 69-75.
8. Долгова С.В., Денисенко А.Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Нижегородской области // *Состояние онкологической службы и пути ее улучшения. Медицинский альманах*. – 2010. – № 3. – С. 42-45.
9. Зейдулаева Н.Н. Этико-философские проблемы эвтаназии // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. – 2014. – Т. 4, № 11. – С. 1184.
10. Кром И.Л., Еругина М.В., Новичкова И.Ю. Современные тенденции паллиативной помощи в ракурсе первичной медико-санитарной практики // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. – 2014. – № 10. – С. 1085-1086.
11. Лазуренко С.Б., Мазурова Н.В., Намазова-Баранова Л.С. Теоретическое и эмпирическое обоснование паллиативной помощи в педиатрии // *Педиатрическая фармакология*. – 2013. – № 2. – С. 101-106.
12. Новиков Г.А., Самойленко В.В., Рудой С.В., Вайсман М.А. Современный взгляд на развитие паллиативной помощи в Российской Федерации // *Паллиативная помощь и реабилитация*. – 2012. – № 2. – С. 5-8.
13. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. – М.: Р. Валент, 2014. – 180 с.
14. Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации». Available at: <http://base.garant.ru/70290076/> (Дата обращения 27.09.2013).
15. Соловьева Е.С. Мировополитическое измерение права на жизнь в глобализирующемся мире: дис. ... канд. наук. – СПб.: Полит. Наук., 2012.
16. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148786/ (Дата обращения 27.09.2013).
17. Ходаревская Ю.А. Опыт оказания паллиативной помощи родственникам инкурабельного онкологического больного, утратившего надежду на выздоровление // *Наука и современность*. – 2012. – № 17. – С. 172-176.
18. Ходаревская Ю.А. Философские основы жизни и смерти инкурабельного онкологического больного, утратившего надежду на выздоровление в паллиативной помощи // *Наука и современность*. – 2011. – № 8-2. <http://cyberleninka.ru/article/n/filosofskie-osnovy-zhizni-i-smerti-inkurabelnogo-onkologicheskogo-bolnogo-utrativshego-nadezhdu-na-vyzdorovlenie-v-palliativnoy#ixzz42xwzcCyg>.
19. Ходаревская Ю.А. Паллиативная помощь, как инновационное направление в сфере медико-социальных услуг инкурабельным онкологическим больным, утратившим надежду на выздоровление // *Стратегия устойчивого развития регионов России*. – 2010. – № 2. – С. 93-97.
20. Ходаревская Ю.А. Гуманистические аспекты паллиативной помощи инкурабельному онкологическому больному, утратившему надежду на выздоровление // *Система ценностей современного общества*. – 2011. – № 17-2. – С. 85-89.
21. Ходаревская Ю.А. Зарубежные и отечественные начала паллиативной помощи онкологическим инкурабельным больным // *Наука и современность*. – 2010. – № 1-2. – С. 68-73.
22. Щербук Ю.А., Симаходский А.С., Эрман Л.В., Пунанов Ю.А. Современные подходы к организации паллиативной помощи детям // *Вопросы современной педиатрии*. – 2011. – № 3. – С. 16-20.
23. Bentur B., Emanuel L.L., Cherney N. et al. Progress in palliative care in Israel: comparative mapping and next steps // *Isr. J. Health Policy Res.* 2012; 1: 9. doi: 10.1186/2045-4015-1-9.
24. Bernheim J.L., Distelmans W., Mullie A., Ashby M.A. Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype? // *J. Bioeth / Inq.* – 2014. – № 11. – P. 507-529.
25. Hexem K.R., Mollen C.J., et al. How Parents of Children Receiving Pediatric Palliative Care Use Religion, Spirituality, or Life Philosophy in Tough Times // *J. Palliat Med.* – 2011. – № 14 (1). – P. 39-44.
26. Hui D., Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care // *Nat. Rev. Clin. Oncol.* – 2016. – № 13 (3). – P. 159-171.
27. Hui D., De La Cruz M., Mori M., et al. Concepts and definitions for «supportive care», «best supportive care», «palliative care» and «hospice care» in the published literature, dictionaries, and textbooks // *Support Care Cancer*. – 2013. – № 21 (3). – P. 659-685.
28. Kamal A.H., Hanson L.C., Casarett D.J., et al. The Quality Imperative for Palliative Care // *J. Pain Symptom. Manage.* – 2015. – № 49 (2). – P. 243-253.

29. Kelley A.S., Morrison R.S. Palliative Care for the Seriously Ill // *N. Engl. J. Med.* – 2015. – № 373 (8). – P. 747-755.

30. Leysen B., Van den Eynden B., Gielen B., et al. Implementation of a Care Pathway for Primary Palliative Care in 5 research clusters in Belgium: quasi-experimental study protocol and innovations in data collection (pro-SPI-NOZA) // *BMC Palliat Care.* – 2015. – Vol. 14, № 46. doi: 10.1186/s12904-015-0043-x.

31. Paiva C.E., Barroso E.M., Carneseca E.C., et al. A critical analysis of test-retest reliability in instrument validation studies of cancer patients under palliative care: a systematic review // *BMC Med. Res. Methodol.* – 2014. – Vol. 14, № 8. doi: 10.1186/1471-2288-14-8.

32. Sawatzky R., Porterfield P. Lee J., et al. Conceptual foundations of a palliative approach: a knowledge synthesis // *BMC Palliat Care.* – 2016. doi: 10.1186/s12904-016-0076-9.

Literature

1. Agakishiyeva N. On qualified palliative care and organization of hospices in Azerbaijan // *Educatio.* – 2015. – № 6 (13). – P. 152-154.

2. Ageyeva N.A. Psychophysical peculiarities of oncological patients in the context of bioethical problems of contemporary world // *Humanitarian and Social Sciences.* – 2013. – № 4. – P. 35-43.

3. Vvedenskaya E.S. The conceptual structural and organizational pattern of the system of palliative medical care of adult population // *Healthcare of the Russian Federation* – 2014. – Vol. 58, № 2. – P. 25-30.

4. Vvedenskaya E.S. The importance of adopting the working definition of palliative care and its content before services establishment in the regions // *Health Care System Standardization Problems.* – 2013. – № 1-2. – P. 24-29.

5. Vvedenskaya E.S. About formation of actual comprehension of palliative care // *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine.* – 2013. – № 3. – P. 29-32.

6. Vvedenskaya E.S. Palliative care – innovative orientation of domestic public health service // *Medical Almanac.* – 2012. – № 4. – P. 18-21.

7. Gotovkina M.S. Palliative care in modern Russia: sociological assessment // *Belgorod State University Scientific Bulletin. Series: Philosophy. Sociology. Law.* – 2013. – Vol. 26, № 23 (166). – P. 69-75.

8. Dolgova S.V., Denisenko A.N. The morbidity with malignant tumors in Nizhny Novgorod region // *The current status of the Region's Cancer Service and ways to improve it. Medical Almanac.* – 2010. – № 3. – P. 42-45.

9. Zeidulayeva N.N. Ethical and philosophical problems of euthanasia // *Bulletin of Medical Internet Conferences.* – 2014. – Vol. 4, № 11. – P. 1184.

10. Krom I.L., Yerugina M.V., Novichkova I.Yu. Modern trends of palliative care from the perspective of primary medical and sanitation practice // *Bulletin of Medical Internet Conferences.* – 2014. – № 10. – P. 1085-1086.

11. Lazurenko S.B., Mazurova N.V., Namazova-Baranova L.S. Theoretical and empirical substantiation of palliative care in pediatrics // *Pediatric Pharmacology.* – 2013. – № 2. – P. 101-106.

12. Novikov V.A., Samoylenko V.V., Rudoy S.V., Waismann M.A. Modern view on palliative care development in the Russian Federation // *Palliative Care and Rehabilitation.* – 2012. – № 2. – P. 5-8.

13. Palliative care of adults and children: organization and professional training. Collection of documents of WHO and EAPC. – M.: R. Valent, 2014. – 180 p.

14. Order of the Government of the Russian Federation № 2511-р of December 24, 2012 «On the approval of the «Development of Health Care» state program of the Rus-

sian Federation». – URL: <http://base.garant.ru/70290076/> (access date 27.09.2013).

15. Solovyeva E.S. The world-political aspect of the right to live in a globalized world: Thesis of a Candidate of Political Science. – SPb., 2012.

16. Federal Law of the Russian Federation of November 21, 2011, 323-FZ «On the Basics of Health Protection of the Citizens in the Russian Federation». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148786/ (access date 27.09.2013).

17. Khodarevskaya Yu.A. Experience of giving palliative care to relatives of an incurable cancer patient, who has lost hope for recovery // *Science and Modernity* – 2012. – № 17. – P. 172-176.

18. Khodarevskaya Yu.A. Basic philosophy of life and death of an incurable patient, who has lost hope for recovery during receiving palliative care // *Science and Modernity* – 2011. – № 8-2. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/filosofskie-osnovy-zhizni-i-smerti-inkurabelnogo-onkologicheskogo-bolnogo-utrativshego-nadezhduna-vyzdorovlenie-v-palliativnoy#ixzz42xwzcCyg>.

19. Khodarevskaya Yu.A. Palliative care as an innovative orientation of medical and social services to incurable cancer patients who have lost hope for recovery // *The Strategy of Sustainable Development of the Russian Regions.* – 2010. – № 2. – P. 93-97.

20. Khodarevskaya Yu.A. Humanistic aspects of palliative care of an incurable cancer patients who have lost hope for recovery // *The System of Values of a Modern Society.* – 2011. – № 17-2. – P. 85-89.

21. Khodarevskaya Yu.A. Foreign and domestic basic principles of palliative care of incurable cancer patients // *Science and Modernity.* – 2010. – № 1-2. – P. 68-73.

22. Shcherbuk Yu.A., Simakhodsky A.S., Erman L.V., Punanov Yu.A. Modern approach to pediatric palliative care organization // *Problems of Modern Pediatrics.* – 2011. – № 3. – P. 16-20.

23. Bentur B., Emanuel L.L., Cherney N. et al. Progress in palliative care in Israel: comparative mapping and next steps // *Isr. J. Health Policy Res.* 2012; 1: 9. doi: 10.1186/2045-4015-1-9.

24. Bernheim J.L., Distelmans W., Mullie A., Ashby M.A. Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype? // *J. Bioeth/ Inq.* 2014. – № 11. – P. 507-529.

25. Hexem K.R., Mollen C.J., et al. How Parents of Children Receiving Pediatric Palliative Care Use Religion, Spirituality, or Life Philosophy in Tough Times // *J. Palliat Med.* 2011. – № 14 (1). – P. 39-44.

26. Hui D., Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care // *Nat. Rev. Clin. Oncol.* 2016. – № 13 (3). – P. 159-171.

27. Hui D., De La Cruz M., Mori M., et al. Concepts and definitions for «supportive care», «best supportive care», «palliative care» and «hospice care» in the published literature, dictionaries, and textbooks // Support Care Cancer. 2013. – № 21 (3). – P. 659-685.

28. Kamal A.H., Hanson L.C., Casarett D.J., et al. The Quality Imperative for Palliative Care // J. Pain Symptom. Manage. 2015. – № 49 (2). – P. 243-253.

29. Kelley A.S., Morrison R.S. Palliative Care for the Seriously Ill // N. Engl. J. Med. 2015. – № 373 (8). – P. 747-755.

30. Leysen B., Van den Eynden B., Gielen B., et al. Implementation of a Care Pathway for Primary Palliative

Care in 5 research clusters in Belgium: quasi-experimental study protocol and innovations in data collection (pro-SPI-NOZA) // BMC Palliat Care. – 2015. – Vol. 14, № 46. doi: 10.1186/s12904-015-0043-x.

31. Paiva C.E., Barroso E.M., Carneseca E.C., et al. A critical analysis of test-retest reliability in instrument validation studies of cancer patients under palliative care: a systematic review // BMC Med. Res. Methodol. – 2014. – Vol. 14, № 8. doi: 10.1186/1471-2288-14-8.

32. Sawatzky R., Porterfield P. Lee J., et al. Conceptual foundations of a palliative approach: a knowledge synthesis // BMC Palliat Care. – 2016. doi: 10.1186/s12904-016-0076-9.

Координаты для связи с авторами: Ларинская Анна Викторовна – аспирант кафедры «Стоматология ортопедическая» ДВГМУ, тел. +7-914-159-56-24, e-mail: nura.lar@mail.ru; Лихобабаина Лариса Викторовна – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой философии и истории отечества ДВГМУ, тел. +7-914-548-04-02; e-mail: nura.lar@mail.ru; Дыбов Дмитрий Аркадьевич – аспирант кафедры «Стоматология ортопедическая» ДВГМУ, тел. +7-924-678-47-48, e-mail: nura.lar@mail.ru; Юркевич Александр Владимирович – д-р мед. наук, профессор кафедры «Стоматология ортопедическая», декан стоматологического факультета ДВГМУ, тел. +7-962-502-58-88, e-mail: dokdent@mail.ru.



УДК 61:004

Е.Н. Каменева-Любавская

АНАЛИЗ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35,
тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Неуклонный рост расходов, связанных со старением населения, а также расходов непосредственно на здравоохранение вынуждает бороться за повышение эффективности управления и качества медицинских услуг, в том числе и с помощью информационных технологий. В настоящее время разработано большое количество медицинских информационных систем (МИС), различных по стоимости и своим функциональным возможностям. В данной статье определены наиболее оптимальные по соотношению цены и качества МИС с помощью анализа по определенным критериям.

Ключевые слова: лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), медицинская информационная система, анализ.

E.N. Kameneva-Lyubavskaya

ANALYSIS OF INFORMATION MANAGEMENT TECHNOLOGIES IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The steady growth of costs associated with an aging population, as well as the costs of the health care forces to fight for the improvement of management efficiency and quality of health care services, including through information technology. There are currently a large number of medical information systems (MIS), a variety of cost and its functionality. In this article the most optimal in terms of price and quality of the IIA by the analysis according to certain criteria.

Key words: Health-care organization, medical-information system, analysis.

Автоматизация органов управления здравоохранением и медицинских организаций позволяет достичь прозрачности производственных процессов, обеспечить экономию ресурсов, предоставляет возможность полноценного системного анализа.

За последнее время в Хабаровском крае значительно вырос уровень информационно-коммуникационных технологий, благодаря последовательной реализации мероприятий по созданию единого информационного пространства, формированию единой